



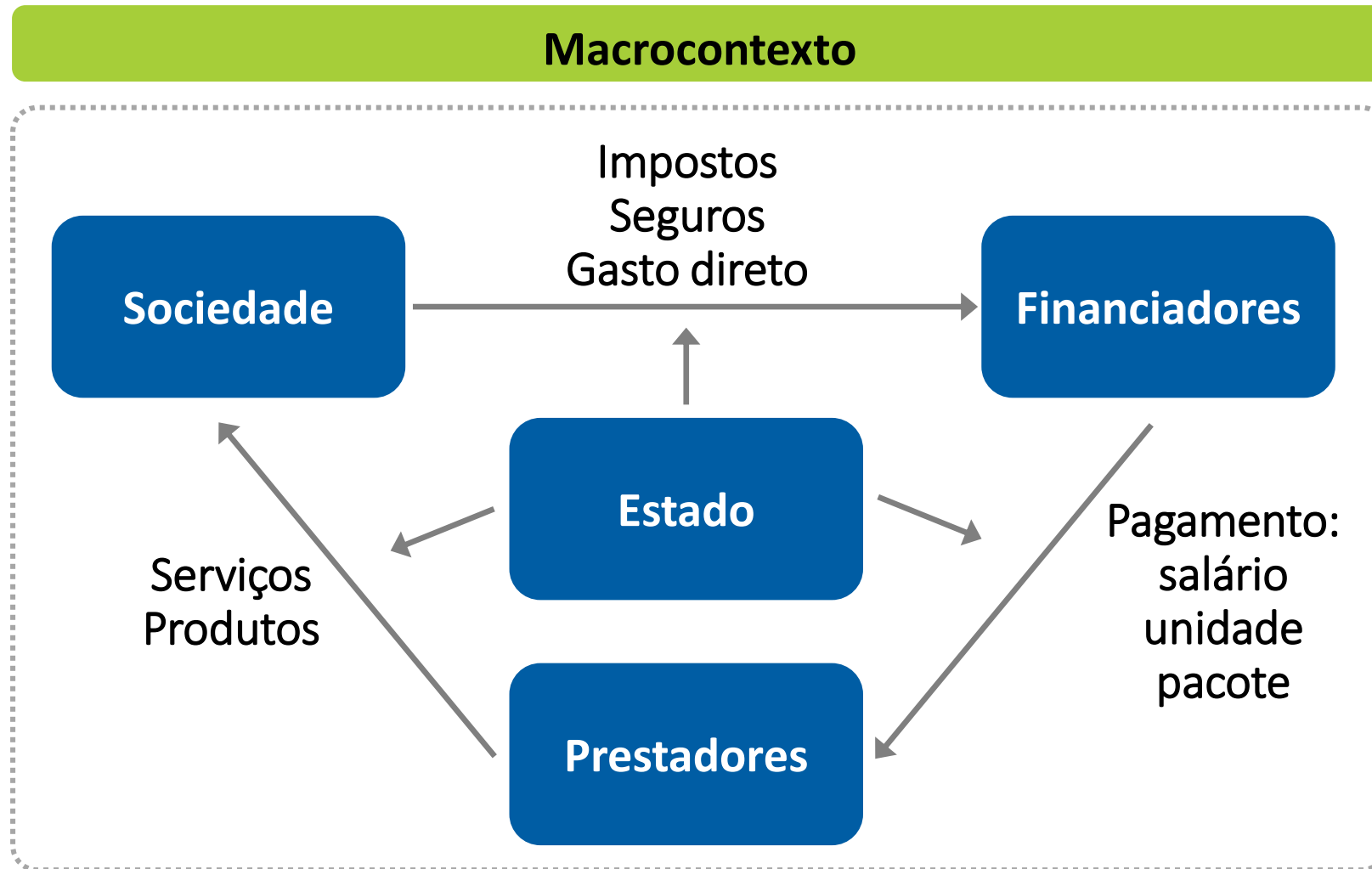
SUSTENTABILIDADE

Desafios da saúde complementar

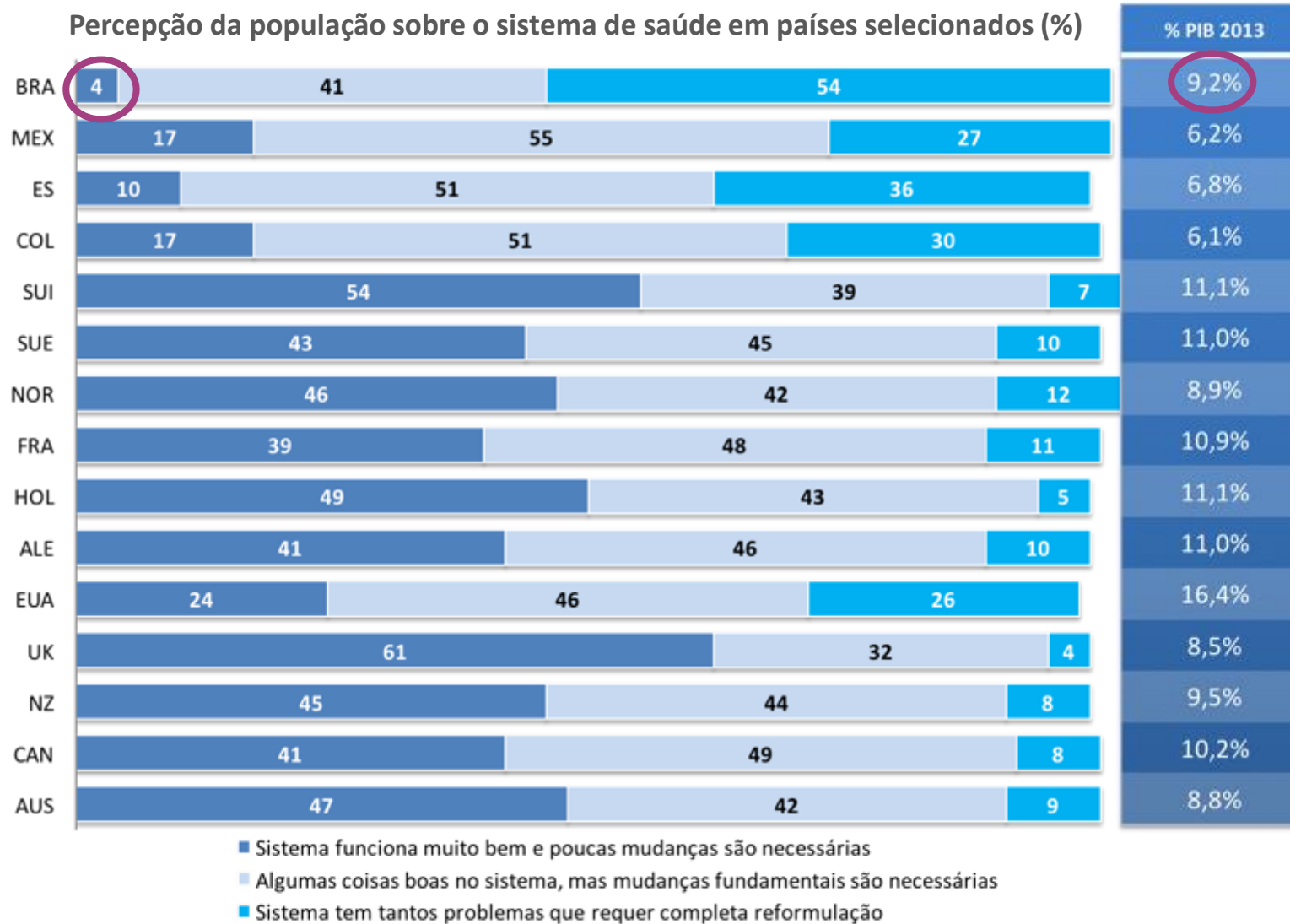
O sistema de saúde é um pilar da sociedade democrática. Ainda assim, os brasileiros aspiram ter um plano de saúde.



Elementos essenciais dos sistemas de saúde: a sociedade é a única fonte pagadora.

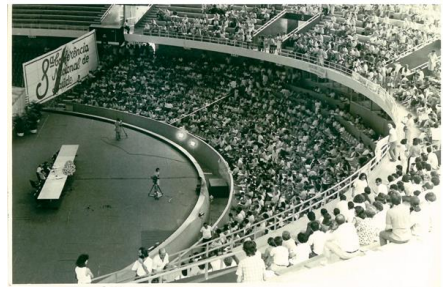


Percepção sobre o sistema de saúde e o gasto em % do PIB: descompasso entre investimento e resultados gerados.



O mercado de planos de saúde surgiu nos anos 1960 e só foi regulamentado em 1998, uma década após a criação do SUS.

1986



Realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde

Promulgação da nova Constituição, estabelecendo os princípios do SUS: direito dos cidadãos e dever do Estado, acesso universal e igualitário, atenção integral, regionalizada e descentralizada, com participação privada na prestação de serviços

1988

1990

Regulamentação do SUS pelas Leis 8.080 e 8.142



1998

Regulamentação dos planos de saúde pela Lei 9.656, formalizando a responsabilidade contratual das operadoras (portanto, limitada)



2000


Agência Nacional de Saúde Suplementar

Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Lei 9.961. A extensa agenda regulatória estipula desde aspectos dos planos (coberturas, contratação e reajustes) até a situação econômica e financeira das operadoras

2001

Série de mudanças na Lei 9.656 desde a sua publicação, por medidas provisórias, tendo a MP nº 2.177 sido reeditada 44 vezes

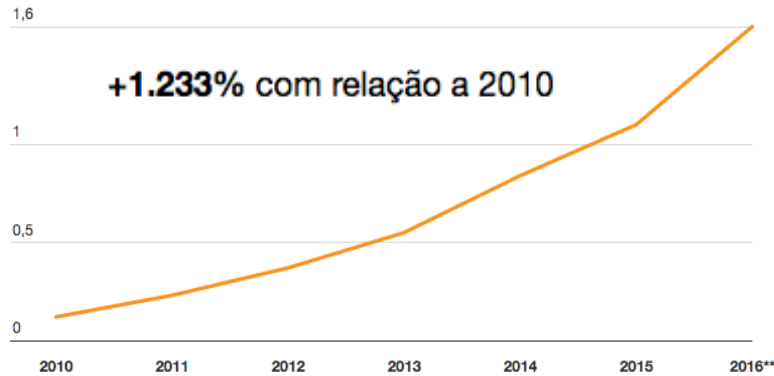
O dever do Estado de tutelar a saúde, a responsabilidade limitada da operadora e a regulação não eliminam conflitos.



'Não lido com o cofre', diz ministra do STF sobre judicialização da saúde

CUSTOS DA JUDICIALIZAÇÃO

Gastos do Ministério da Saúde com ações judiciais, em R\$ bilhões*



*Depósitos e aquisições de medicamentos

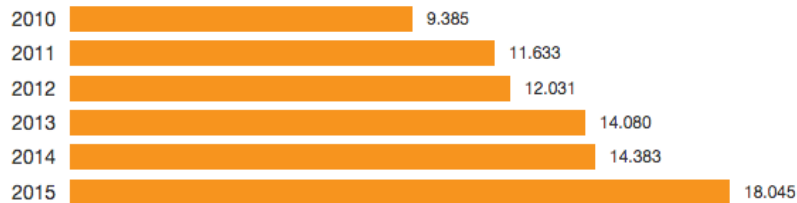
**Projeção

Fonte: Ministério da Saúde

AUMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO

Condenações do Estado de SP em processos na área da saúde

+92% com relação a 2010



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de SP

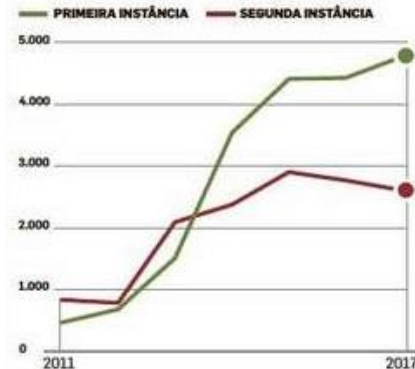
Folha de S.Paulo, 7/11/2016.

Ações contra planos de saúde disparam em São Paulo; em 2017, são 117 por dia

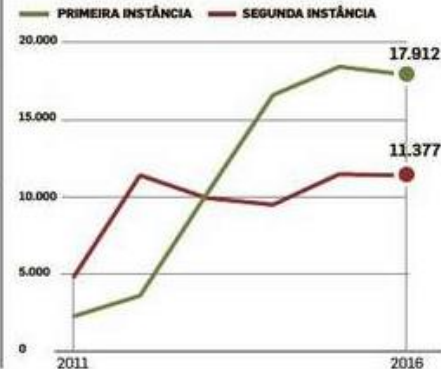
EM ALTA

● Ações judiciais envolvendo planos de saúde julgadas em primeira e segunda instância pelo Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP)

Primeiro Trimestre (1º/1 a 31/03)



Anual



Resultado de decisões judiciais de segunda instância envolvendo planos de saúde no Estado de São Paulo Em 2013 e 2014

Resultado das decisões	Total	Porcentagem
Favorável ao usuário	3.575	88,07%
Desfavorável ao usuário	300	7,39%
Parcialmente favorável ao usuário	174	4,29%
Decisões que não envolvem usuários (entre planos e prestadores, como hospitais)	10	0,25%

FONTE: OBSERVATÓRIO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR, DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP

INFORMÁTICO/ESTADÃO

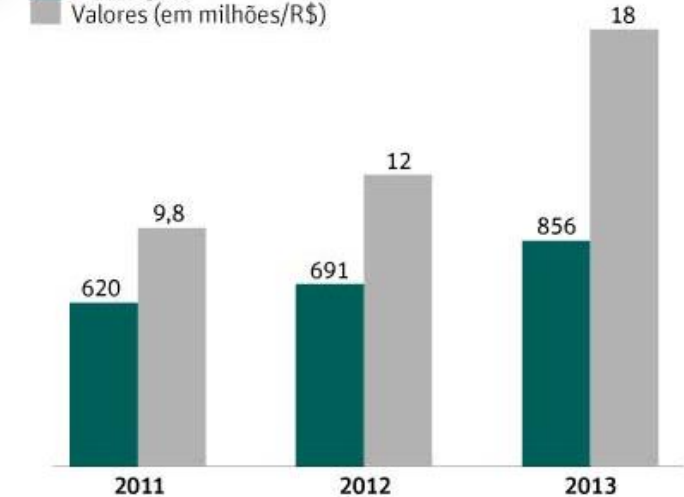
O Estado de S. Paulo, 30/4/2017.

AS AÇÕES JUDICIAIS E OS PLANOS DE SAÚDE

Processos contra a Unimed cresceram 24% em 3 anos

A judicialização na Unimed*

■ Nº de ações
■ Valores (em milhões/R\$)



+ Mercado da saúde suplementar

1.268 operadoras

50,3 milhões de beneficiários em 2013 (56,7% a mais do que no ano de 2003)

0,3% do faturamento das empresas em 2013 foi gasto em despesas judiciais

* Nas seis maiores cooperativas, que reúnem 2,35 milhões de beneficiários
** Até abril de 2014

R\$ 90,5 bilhões

despesas das empresas em 2013 (293,5% de aumento sobre 2003)

R\$ 108 bilhões

receita das operadoras em 2013 (283% de crescimento sobre 2003)

Dados relativos a seis Unimeds de grande porte. Folha de S.Paulo, 7/7/2014.

O que diz a Lei dos Planos de Saúde: as operadoras agem por conta e ordem do consumidor.

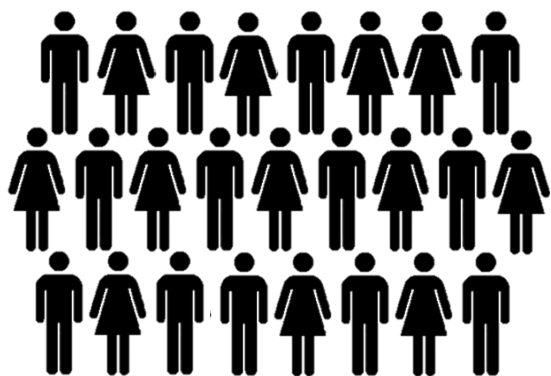


Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde (...) a ser paga integral ou parcialmente às expensas da **operadora contratada**, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, **por conta e ordem do consumidor**.

Os planos de saúde produzem bem-estar social ao oferecer proteção contra a incerteza de eventos imprevistos.

Aversão a risco:

Indivíduos dispostos a abrir mão de algum poder de compra para se livrar de volatilidade (choques na capacidade de consumir).



Beneficiários



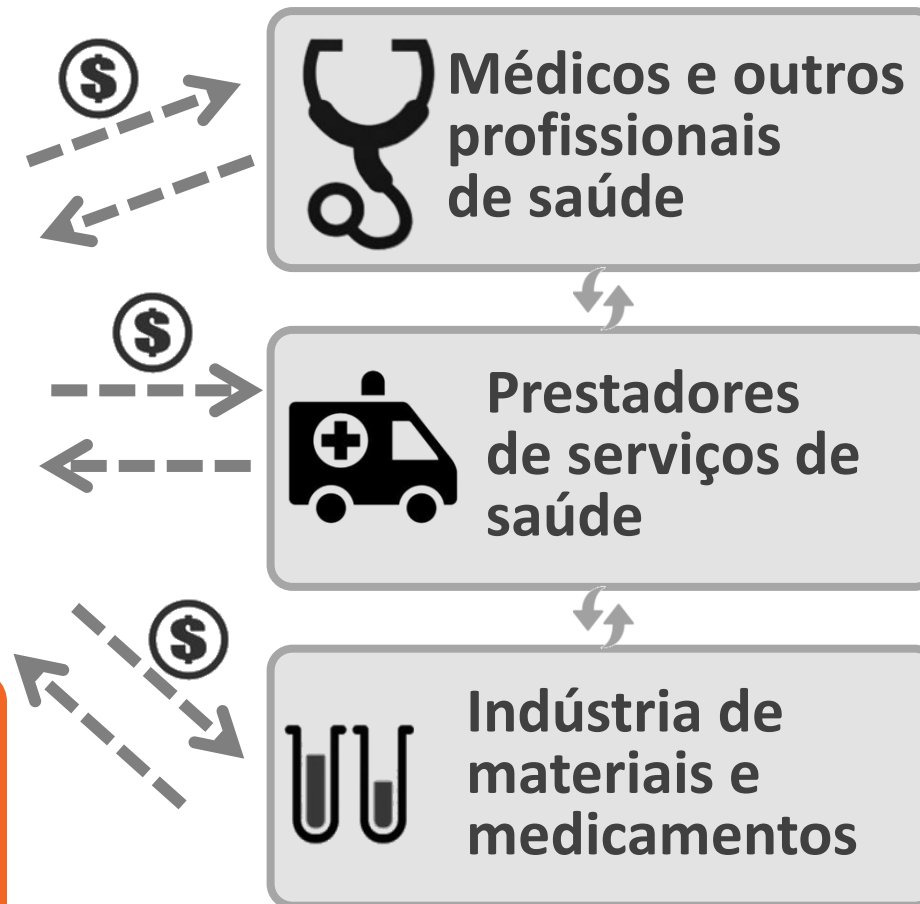
Regulação

Operadora de planos de saúde

Gestão do risco

Risk pooling ou risk sharing:

Aglutinação de grande conjunto de segurados (*pool*) formando um grupo de proteção mútua, para diluir os riscos e ratear os custos dos eventos verificados.



Planos de saúde têm natureza securitária, e sua função social depende de princípios que assegurem o equilíbrio financeiro.



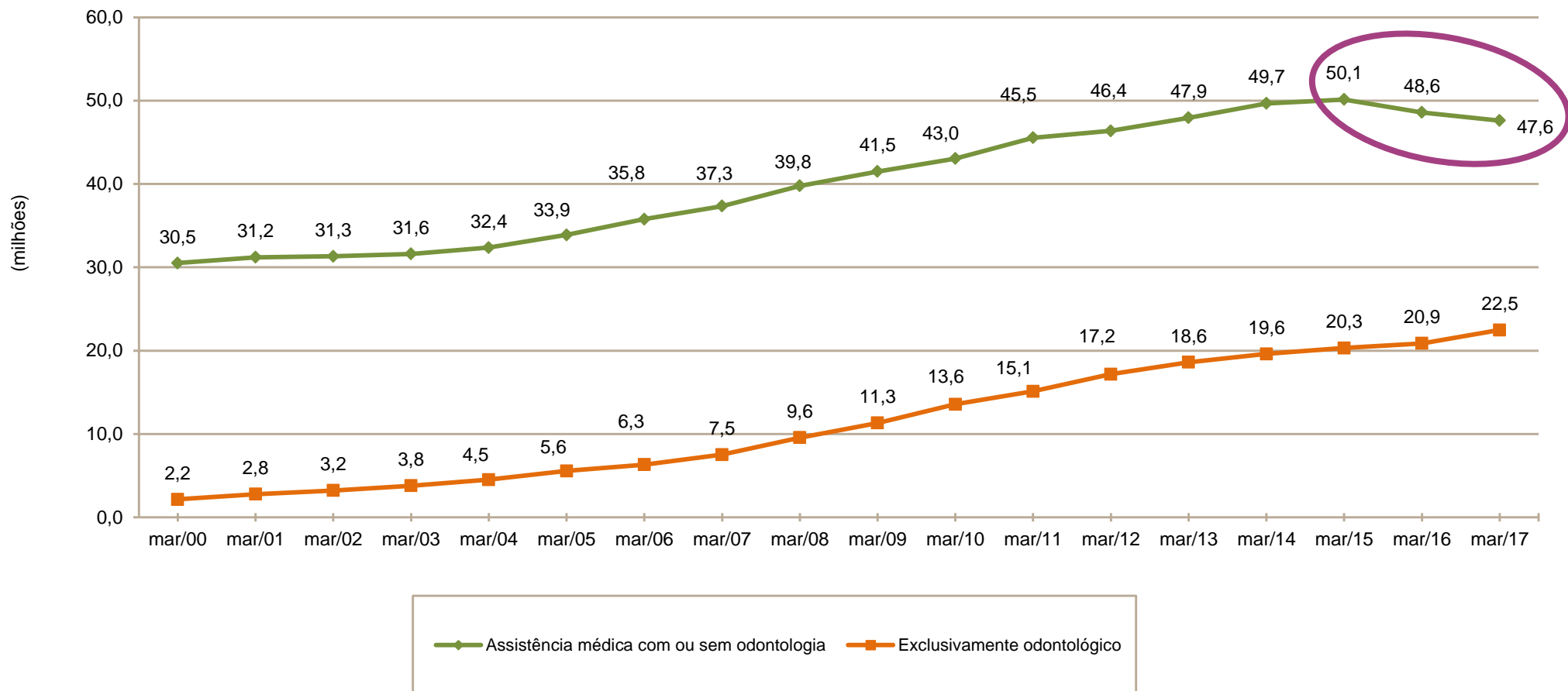
- **Mutualidade:**
os custos são rateados pelo conjunto dos clientes
- **Regime de repartição simples:**
o que se paga deve cobrir os gastos do mútuo; não há acumulação de reserva individual
- **Estrutura atuarial:**
cálculo baseado no perfil de risco dos participantes
- **Limite contratual:**
precificação baseada no rol de coberturas vigente no momento da contratação

FATORES QUE PREJUDICAM O EQUILÍBRIO DOS PLANOS DE SAÚDE:

- **Seleção adversa do risco**
- **Risco moral no comportamento de utilização**

A crise econômica levou à retração da saúde suplementar no país após mais de 15 anos em expansão.

Beneficiários de planos privados de assistência à saúde no Brasil (2000 a 2017)

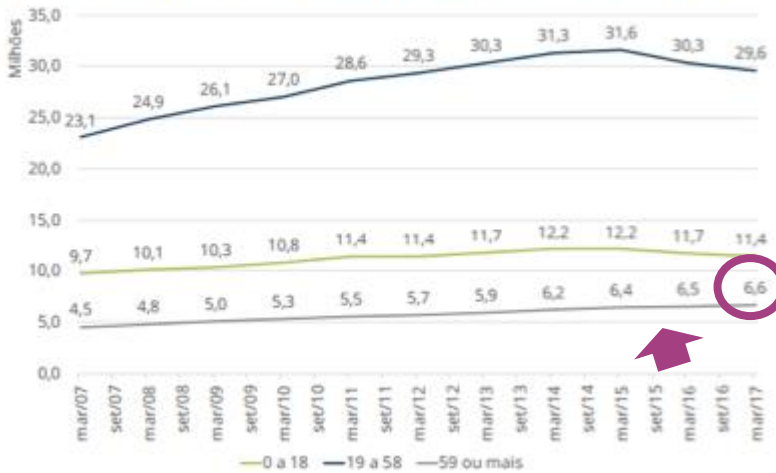


Nos últimos cinco anos, os idosos constituem a faixa etária que mais cresceu no mercado da saúde suplementar.



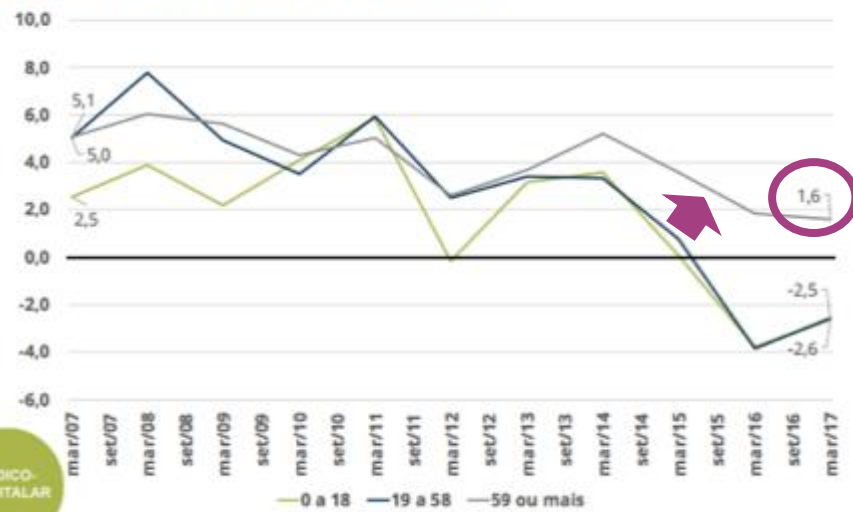
Os planos de saúde respondem pelo cuidado de 6,6 milhões de idosos.

GRÁFICO 2 - NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS MÉDICO-HOSPITALARES (EM MILHÕES) POR FAIXA ETÁRIA (MAR/07 A MAR/17)



Os idosos constituem o único segmento do mercado que cresceu em 12 meses.

GRÁFICO 3 - VARIAÇÃO PERCENTUAL EM 12 MESES DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS MÉDICO-HOSPITALARES POR FAIXA ETÁRIA (MAR/07 A MAR/17)



Fonte: SISAANS/MS - 03/2017. Dados extraídos e elaborados pelo IESS em: 03/06/2017.

Os maiores de 60 anos representam 13% do total de beneficiários.

GRÁFICO 1 - PROPORÇÃO DE BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA, MAR/2000, MAR/2007 E MAR/2017.



Idosos apresentam multimorbidades, com maior utilização de serviços e, portanto, custo mais elevado da assistência.



GRÁFICO 3: GASTO MÉDIO TOTAL ANUAL DOS BENEFICIÁRIOS DA AMOSTRA DE PLANOS INDIVIDUAIS, 2013.



TABELA 1: PREVALÊNCIA* DE DOENÇAS CRÔNICAS SELECIONADAS POR FAIXA ETÁRIA (%) - BRASIL, 2013.

Faixa Etária	Diabetes	Hipertensão arterial	Artrite ou reumatismo	Coluna	Câncer	Insuficiência renal crônica	Asma
18 a 29 anos	0,6	2,8	1,3	8,7	0,3	0,5	4,8
30 a 59	5,0	20,6	5,6	19,9	1,3	1,4	4,1
60 a 64	14,5	44,4	14,9	26,6	3,7	2,0	4,3
65 a 74	19,9	52,7	16,0	28,9	5,7	2,9	5,7
75 ou mais	19,6	55,0	19,1	28,5	7,7	3,6	3,8
Prevalência total na população	6,2	21,4	6,4	18,5	1,8	1,4	4,4

* Quanto mais escura a cor da célula maior a prevalência.
 Fonte: PNS - IBGE.

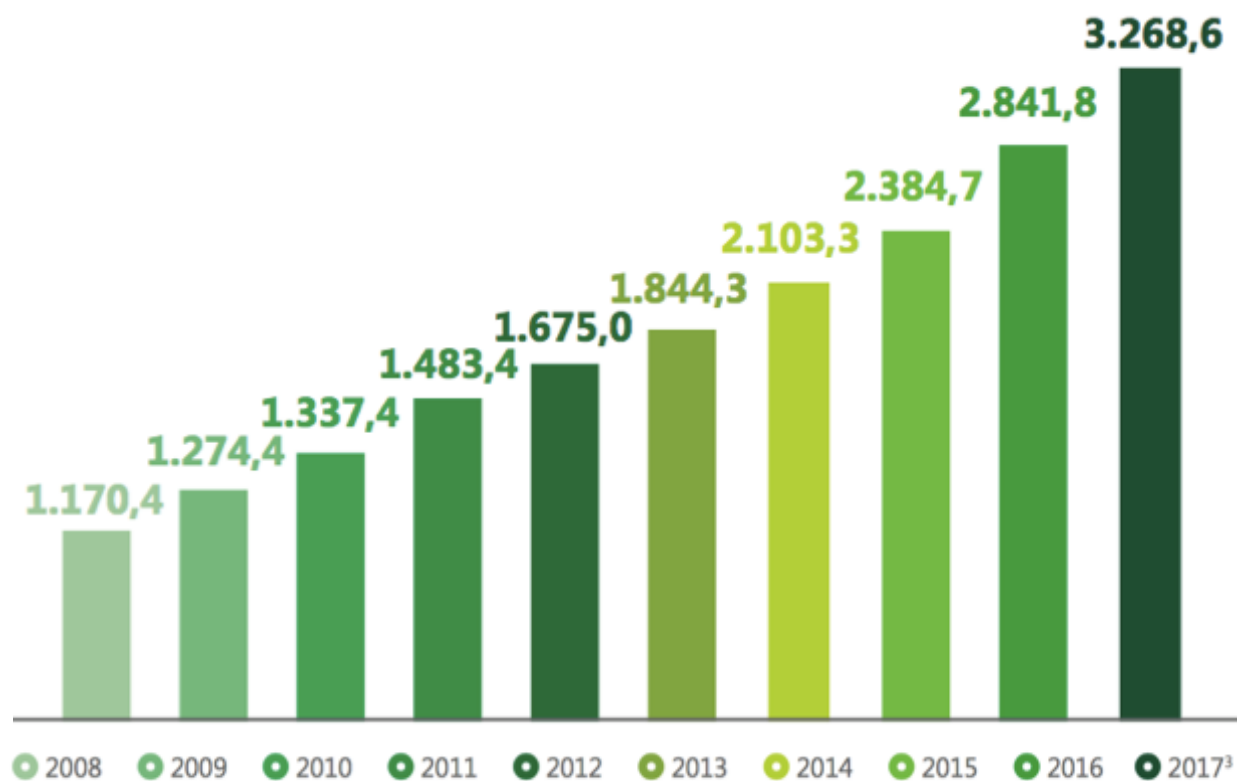
A despesa assistencial *per capita* na saúde suplementar cresceu 179% na última década, muito acima da inflação.



Despesa assistencial *per capita*

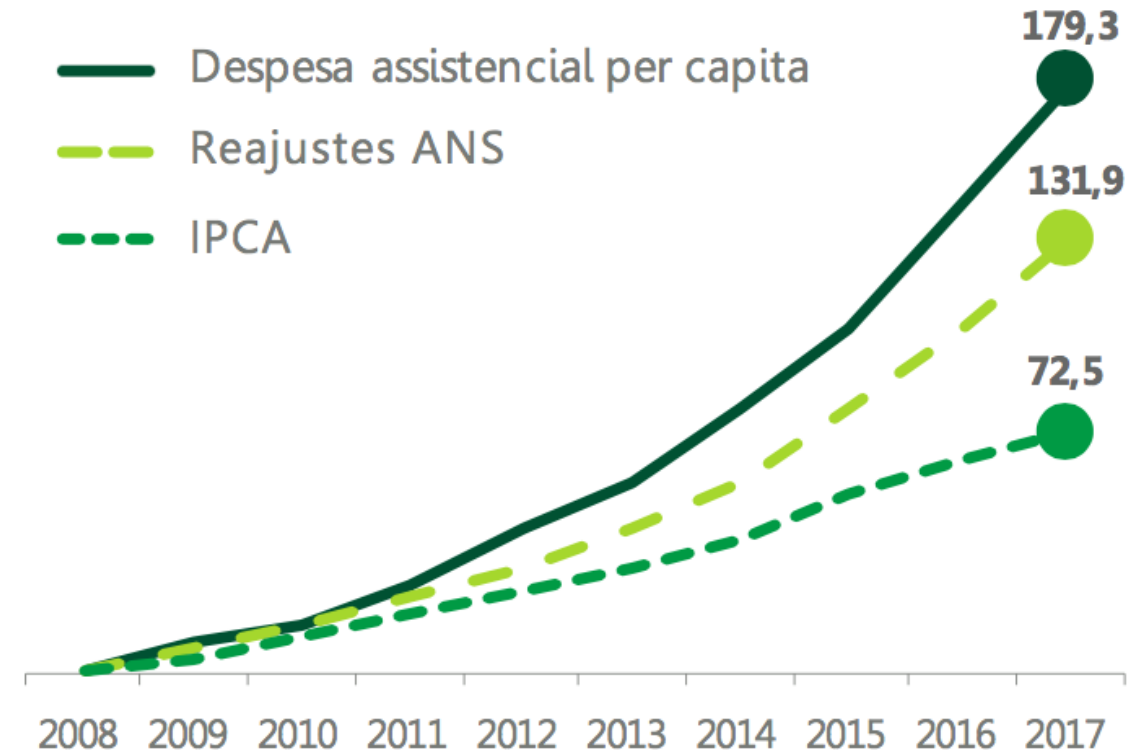
Δ (%) Acumulado 2008 -2017

↑ 179,3%



Despesa assistencial *per capita* na Saúde Suplementar, Índice de reajuste ANS e IPCA

Variação acumulada 2008/2017*



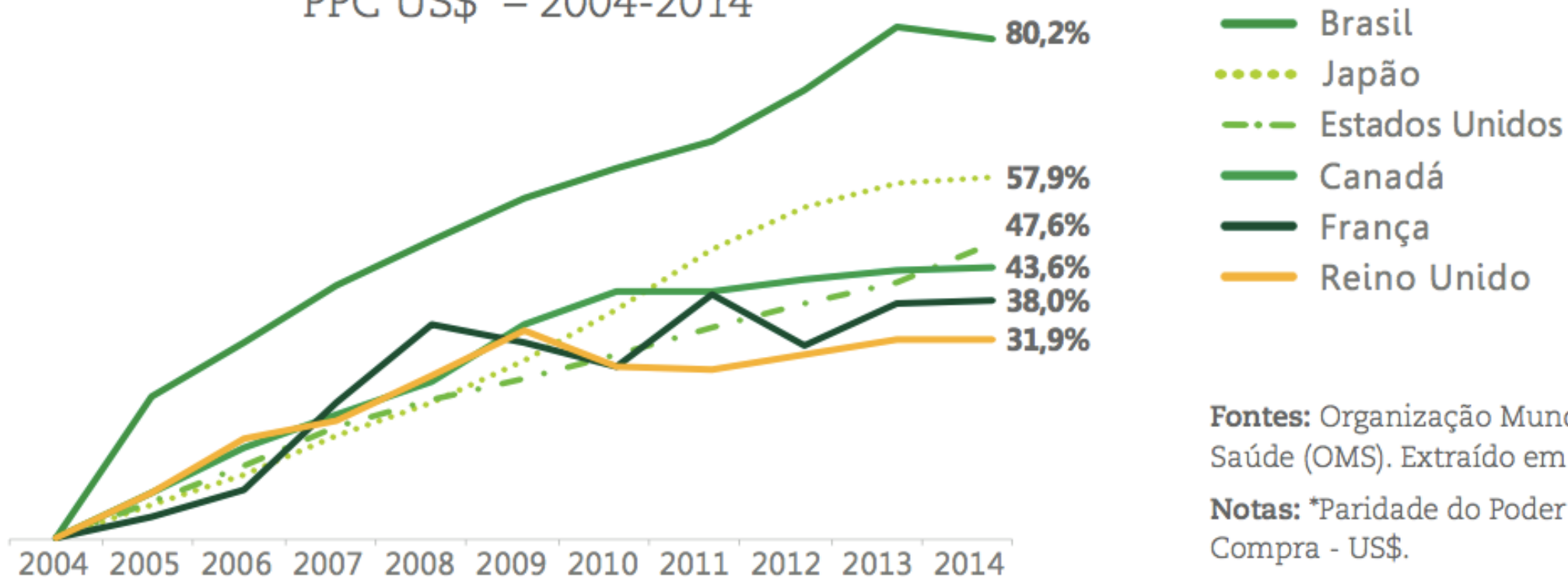
Fonte: FenaSaúde, Por Dentro da Saúde Suplementar, julho 2017.

O gasto *per capita* em saúde cresce de forma mais acentuada no Brasil do que em muitos países desenvolvidos.



Gasto em saúde *per capita*

PPC US\$* – 2004-2014



Fontes: Organização Mundial da Saúde (OMS). Extraído em jul/17.

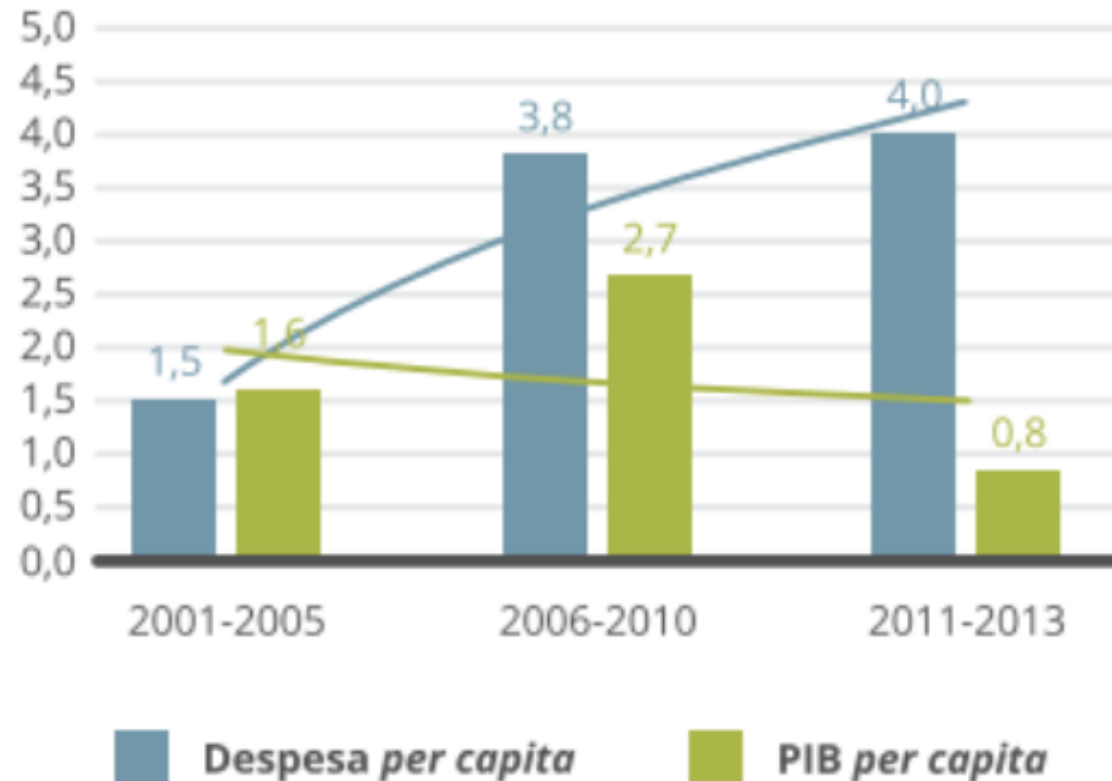
Notas: *Paridade do Poder de Compra - US\$.

No Brasil, apesar da retração da economia por dois anos, os gastos na saúde suplementar continuaram a crescer.



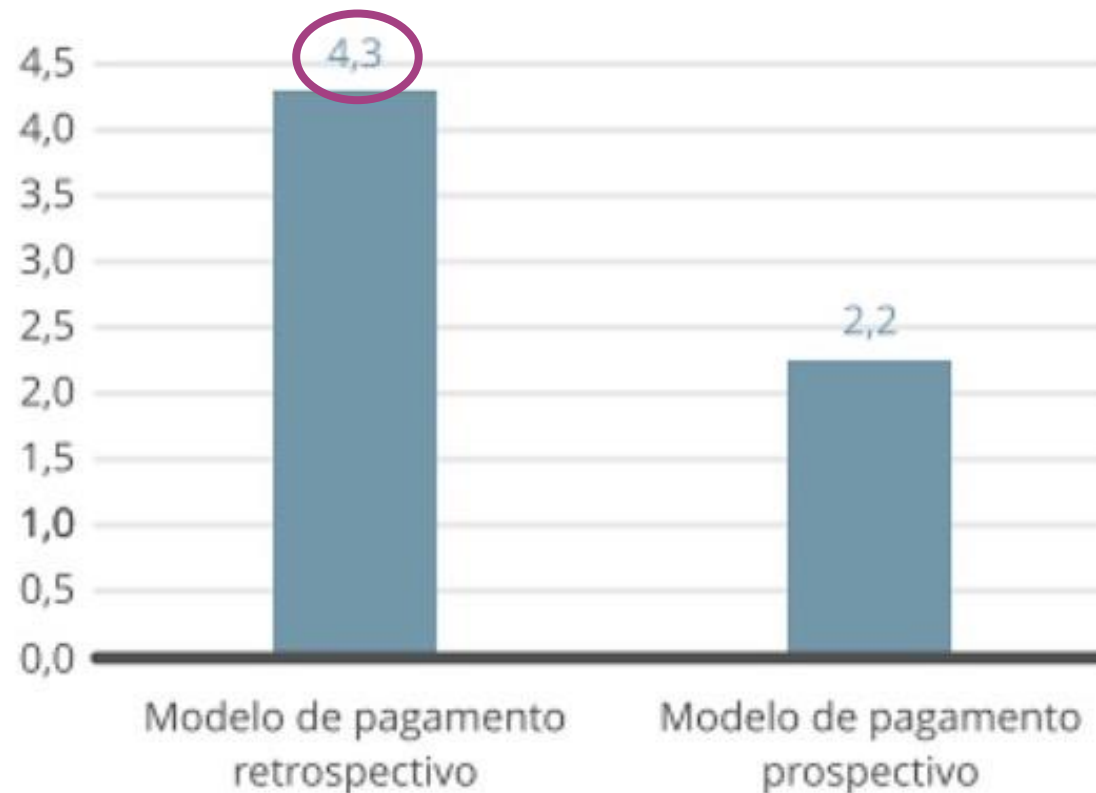
TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA DESPESA ASSISTENCIAL PER CAPITA DA SAÚDE SUPLEMENTAR E PIB PER CAPITA EM TERMOS REAIS, 2001 A 2013*.

Brasil - Despesas assistenciais da Saúde Suplementar

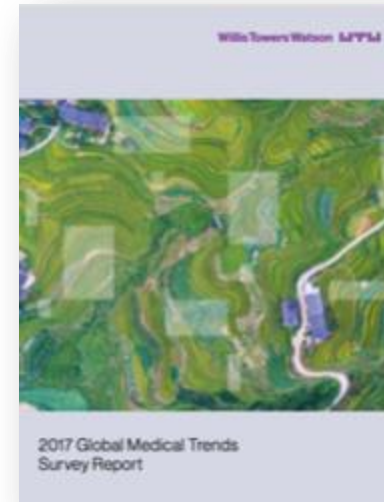
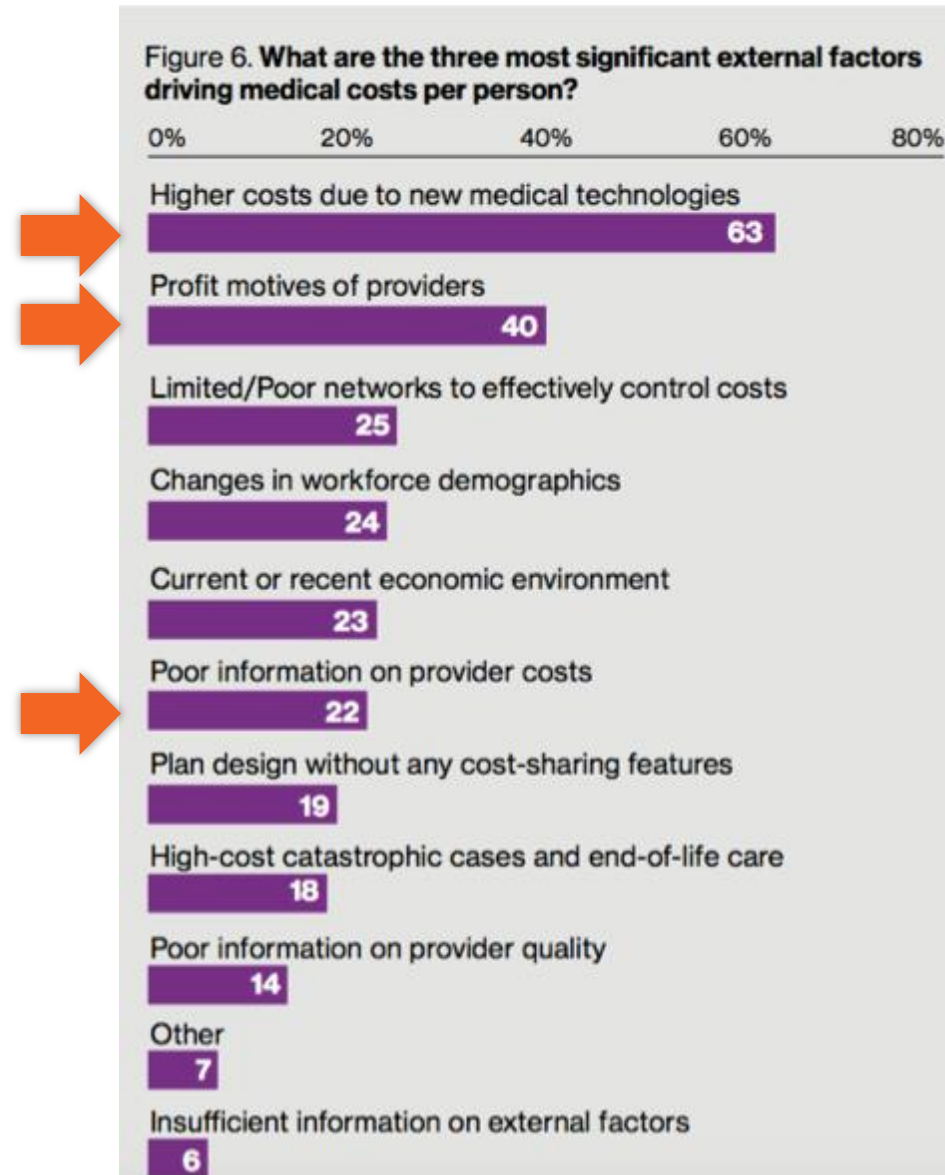


Há uma correlação direta entre maiores gastos com saúde e o modelo retrospectivo de pagamento hospitalar.

FIGURA 3: DISTRIBUIÇÃO DOS PAÍSES ENTRE OS QUE ADOTAM E OS QUE NÃO ADOTAM MAJORITARIAMENTE O MODELO DE PAGAMENTO PROSPECTIVO E A TAXA MÉDIA DE CRESCIMENTO DO GASTO COM SAÚDE PER CAPITA.



Principais fatores estruturais que impulsionam o aumento dos gastos *per capita* com a saúde no mundo



Pesquisa global realizada com 231 seguradoras de saúde líderes de mercado em 79 países, outubro a novembro de 2016.

O aumento da utilização de serviços não assegura a melhoria dos resultados em saúde e cria novos riscos.

THE LANCET

Evidence for overuse of medical services around the world

Shannon Brownlee, Kalipso Chalkidou, Jenny Doust, Adam G Elshaug, Paul Glasziou, Iona Heath*, Somil Nagpal, Vikas Saini, Divya Srivastava, Kelsey Chalmers, Deborah Korenstein

Doctors to withhold treatments in campaign against 'too much medicine'

Academy of Medical Royal Colleges to draw up list of 100 interventions to advise against in attempt to curb 'unnecessary' care, rousing fears of NHS rationing

“The over-medicalisation of illness in the NHS is down to patients acting like customers”
Deborah Orr



“Doctors make mistakes. The best medicine is for them to admit it”
Ara Darzi



NHS wastes over £2bn a year on unnecessary or expensive treatments

JAMA

The Journal of the American Medical Association

Is US Health Really the Best in the World?

Barbara Starfield, MD, MPH

The health care system also may contribute to poor health through its adverse effects. For example, US estimates⁸⁻¹⁰ of the combined effect of errors and adverse effects that occur because of iatrogenic damage not associated with recognizable error include:

- 80 000 deaths/year from nosocomial infections in hospitals
- 106 000 deaths/year from nonerror, adverse effects of medications

In any case, 225 000 deaths per year constitutes **the third leading cause of death** in the United States, after deaths from heart disease and cancer.

Empresas de outros segmentos e redes de pacientes passam a ocupar espaços no mercado da saúde.



MIT Technology Review

Rewriting Life

Apple Has Plans for Your DNA

The iPhone could become a new tool in genetic studies.

The Apple Watch is just the start. How wearable tech will change your life—like it or not

Crohnology Treatments Blog About Join Sign In

What if we could learn from the collective experience of patients everywhere?

Top Medications		Top Diets		Top Supplements	
Remicade	★★★★ 2601 people	No Beer	★★★★ 2238 people	Vitamin B12	★★★★ 2415 people
Prednisone	★★★★ 4614 people	No Dairy	★★★★ 1906 people	Vitamin D	★★★★ 3020 people
Imuran	★★★ 2286 people	No Spicy Food	★★★★ 1844 people	Probiotics	★★★★ 2935 people

Google's New Health Wearable Delivers Constant Patient Monitoring

Posted Jun 23, 2015 by Darrell Etherington (@etherington)



EXAME.COM Dólar Lula Reforma trabalhista Raquel Dodge

TECNOLOGIA

Watson, o fascinante computador da IBM que venceu os humanos

Nova compreensão do que é saúde: viver de forma saudável e prevenir ativamente o risco de adoecer.



Eric Topol  @EricTopol · 28 Feb 2015

Some features contrasting old and new medicine

Old Medicine	New Medicine
Population-Based	Individualized
One-Off, Doctor's Office	Real-Time Streaming, Real World
Doctor Ordered Data	Patient Generated Data
Doctor's Notes, Unshared	Our Notes, Patient Edited
Information Owned by Doctors and Hospitals	Information Owned by Rightful Owner
Expensive, Big-Ticket Tech	Cheap Chips, Moore's Law
Data Limited	Panoromic

As novas tecnologias alteram a relação médico-paciente: médicos e serviços de saúde terão de se reposicionar.

THE WALL STREET JOURNAL.

Cook and Topol: How Digital Medicine Will Soon Save Your Life

You wake up with chest pain. Your smartphone reads your ECG. If it's a heart attack, it calls an ambulance and sends your data ahead to the ER.

By Robin Cook And Eric Topol

Feb. 21, 2014 7:07 p.m. ET

The Smart-Medicine Solution to the Health-Care Crisis

Our health-care system won't be fixed by insurance reform. To contain costs and improve results, we need to move aggressively to adopt the tools of information-age medicine

By Eric Topol

July 7, 2017 12:04 p.m. ET



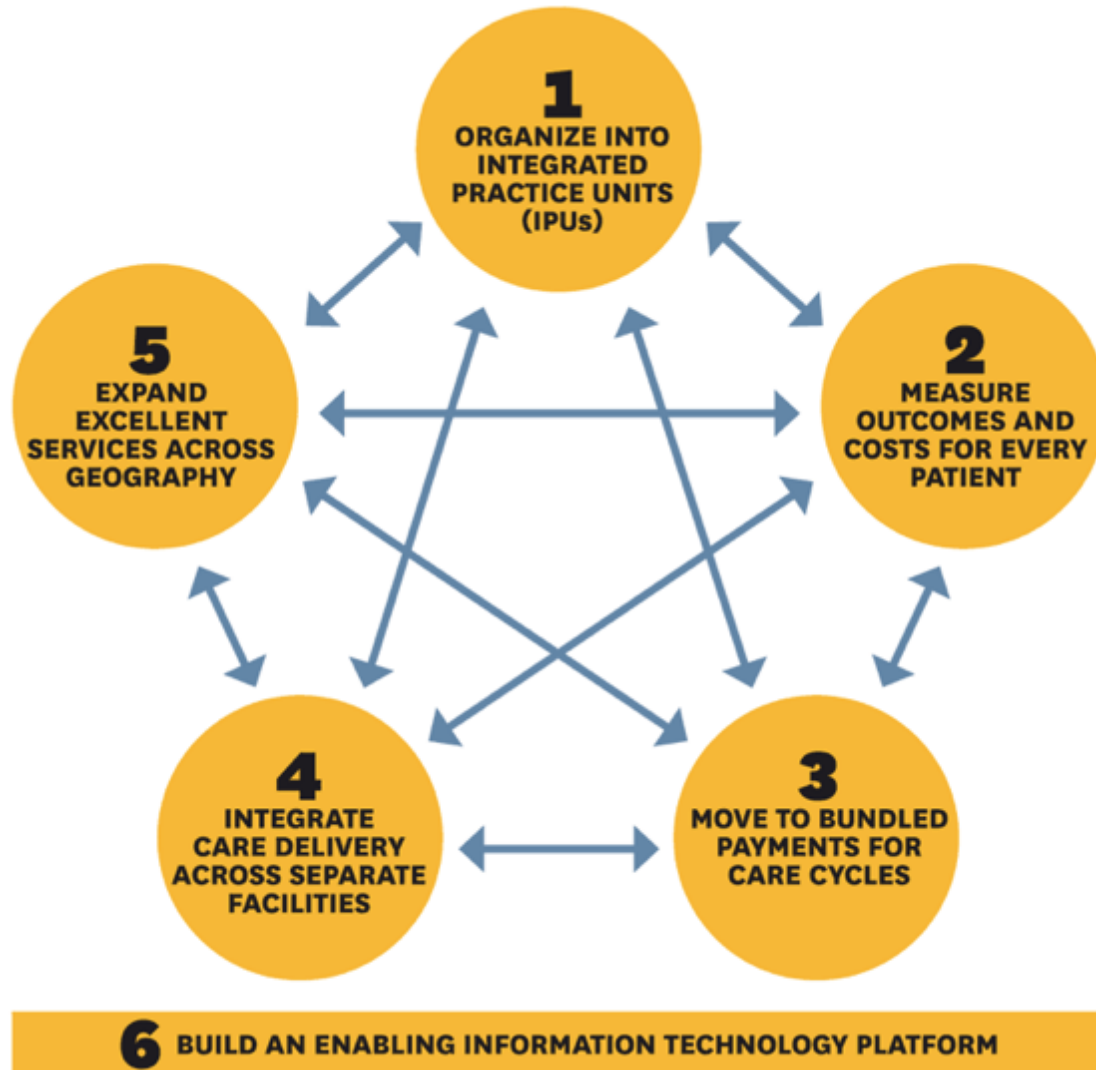
JUN 21, 2017 @ 11:38 AM 3,258

Is Doctorless Care the Future of Healthcare?

Is Healthcare becoming a Data-driven Science led by Clinicians?



Transformação pelo valor: reorganizar o sistema de saúde a partir dos cuidados de que o paciente necessita.



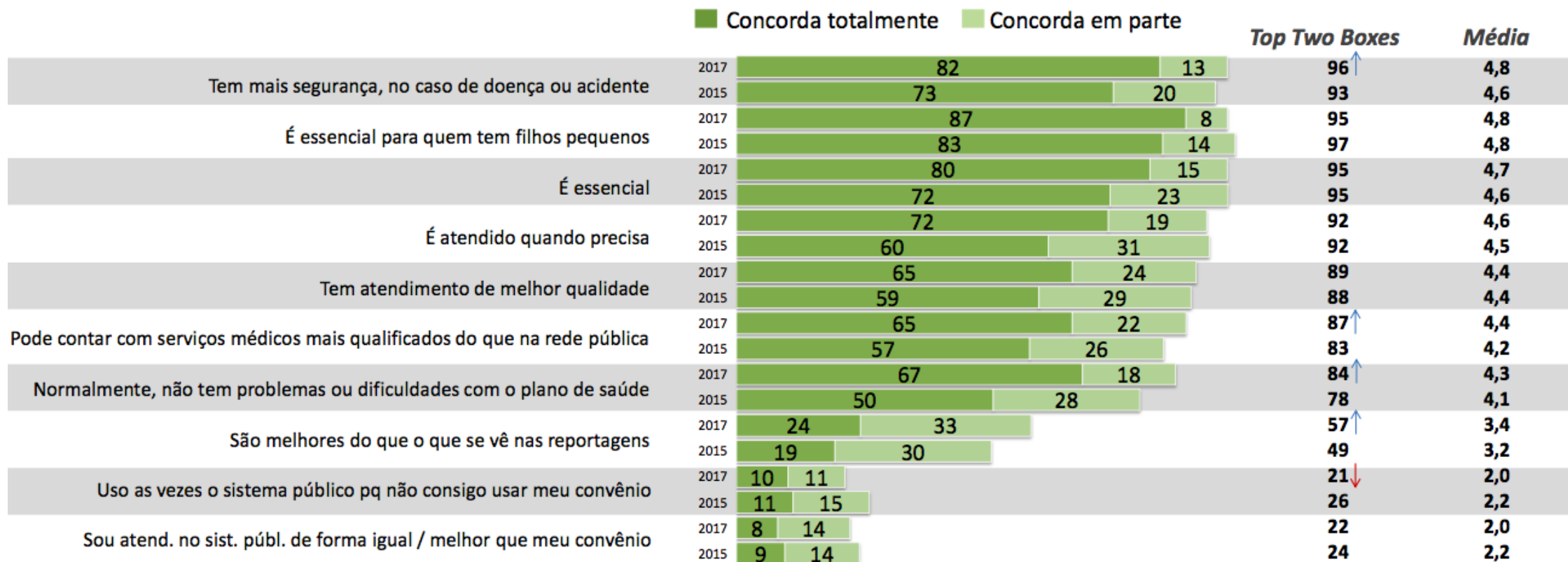
- Regulação para combater as fraudes e a demanda autogerada
- Cuidado orientado ao paciente
- Modelos mais convenientes para ofertar cuidados primários
- Medicina baseada em evidências, com explicitação dos conflitos de interesse
- Modelo de pagamento por capitação global para controlar os gastos
- Redução dos erros médicos
- Coordenação do cuidado, especialmente para casos de alto custo
- Arquivos médicos eletrônicos

Para 80% dos beneficiários, ter plano de saúde é essencial e significa mais segurança em caso de doença ou acidente.



De um modo geral, os Beneficiários apresentam **opiniões favoráveis** para a posse de Plano de Saúde. Grande parcela declara ter mais **segurança no caso de doença ou acidente**, que o plano é **essencial**, sobretudo para quem tem filhos pequenos → e com queda no número de beneficiários que afirmam usar às vezes o sistema público.

(%)
(Escala de 5 pontos)

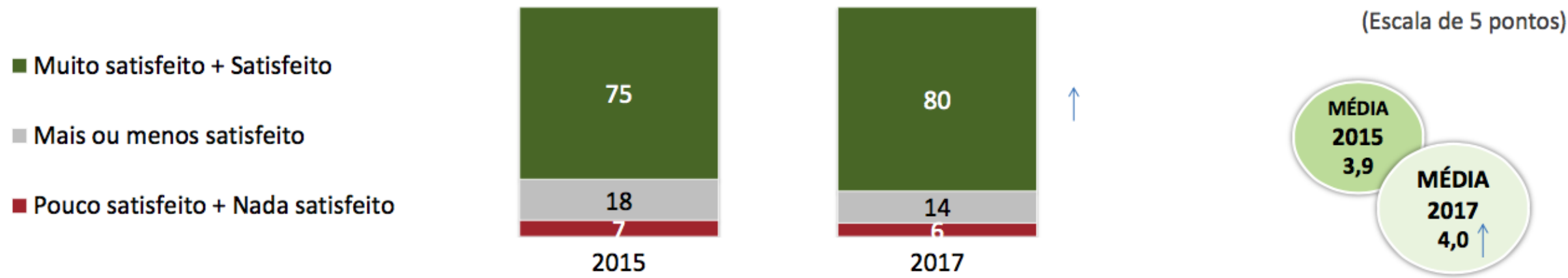


Também 80% dos beneficiários de planos de saúde afirmam estar muito satisfeitos ou satisfeitos com o atendimento.



Manutenção da tendência de melhora na **satisfação com os Planos de Saúde**, voltando ao patamar de 2011. RJ, BH, POA e Recife apresentam crescimento expressivo.

(%)



Muito satisfeito + Satisfeito	Total	São Paulo	Rio de Janeiro	Belo Horizonte	Porto Alegre	Brasília	Salvador	Recife	Manaus
2017	80 ↑	78	80 ↑	84 ↑	91 ↑	81	73	84 ↑	86
2015	75	76	72	70	81	82	80	69	79

Fonte: IESS e Ibope Inteligência, Avaliação de Planos de Saúde, onda IV, 2017. Realizadas 1.600 entrevistas com beneficiários em oito regiões metropolitanas do país.



Obrigado

Helton Freitas
Diretor-presidente

Seguros Unimed
helton.freitas@segurosunimed.com.br
(11) 3265-9977